

Antrag auf Herabsetzung der Beitragsgrundlage für Weiterversicherte in der Krankenversicherung (gemäß § 7b B-KUVG)

Eingangsstempel

Sozialversicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Nachname (auch alle früher geführten Namen)		Sozialversicherungsnummer		
Vorname/n		Geb.-Datum lt. Geb.-Urkunde	Tag	Monat
Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)		Staatsangehörigkeit		
Tel. Nr.		E-Mailadresse		
Personenstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden/aufgelöste eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet/hinterbliebene eingetragene Partnerin/hinterbliebener eingetragener Partner				

Auf Grund der Bestimmungen des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes beantrage ich, die Beitragsgrundlage zu meiner Weiterversicherung so weit herabzusetzen, dass sie meinen wirtschaftlichen Verhältnissen entspricht. Dazu gebe ich wahrheitsgemäß bekannt:

Meinen Lebensunterhalt bestreite ich von: _____

Bruttoeinkünfte aus	Monatlich im Durchschnitt
Bedarfsorientierter Mindestsicherung oder Sozialhilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, seit: _____	EUR _____
Pension(en) und/oder Rente(n) (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, auszahlende Stelle(n): _____	EUR _____
Unselbstständiger Erwerbstätigkeit (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Art der Tätigkeit: _____	EUR _____
Selbstständiger Erwerbstätigkeit (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Art der Tätigkeit: <input type="checkbox"/> Versicherungspflicht nach dem GSVG/FSVG wurde bereits abgelehnt	EUR _____
Beschäftigung in der Land- und/oder Forstwirtschaft (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	EUR _____
Eigener Land- und /oder Forstwirtschaft (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Versicherungspflicht nach dem BSVG wurde bereits abgelehnt	EUR _____
Sonstiger Beschäftigung (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Art der Tätigkeit: _____	EUR _____
Vermietung und Verpachtung (In- und Ausland) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	EUR _____
Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Ersparnisse oder andere Erlöse) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	EUR _____
Sonstigen Einkünften (zB: Leibrenten, Einkünfte aus Veräußerungsgeschäften,) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	EUR _____

Herabsetzung_WV_01.01.2021

Für UnterhaltsempfängerInnen:		Monatlich im Durchschnitt
Zuwendungen von Verwandten und/oder anderen Personen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		EUR _____
Unterhaltsanspruch gegenüber der geschiedenen Ehegattin/dem geschiedenen Ehegatten/der ehemaligen eingetragenen Partnerin/des ehemaligen eingetragenen Partners <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		EUR _____
Unterhaltsanspruch gegenüber Angehörigen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		EUR _____
Nettoeinkünfte (monatlich im Durchschnitt):		
a) der Ehegattin/des Ehegatten, der eingetragenen Partnerin, des eingetragenen Partners Einkommen EUR _____		
b) der geschiedenen Ehegattin/des geschiedenen Ehegatten/der ehemaligen eingetragenen Partnerin/des ehemaligen eingetragenen Partners Einkommen EUR _____		
c) Einkommen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern, Kinder, Lebensgefährten/in, sonstigen Personen Einkommen EUR _____		
Besteht ein eigener Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie auf Grund einer satzungsmäßigen oder vertraglichen Regelung ganz oder teilweise Anspruch auf Ersatz der Beiträge zur Weiterversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Für Angehörige eines gesetzlich anerkannten Ordens:		
Besteht gegenüber dem Orden Anspruch auf Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, Höhe in EUR: _____		
Sollten Sie eine Einzugsermächtigung erteilen wollen, füllen Sie bitte nachfolgende Felder aus:		
Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat):		
IBAN _____		
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers _____	Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers _____	
HINWEISE		
Sie müssen Ihre Angaben durch die Vorlage entsprechender Nachweise in Kopie belegen (zB Unterstützungserklärung, Einkommensteuerbescheid, Lohn-/Gehaltszettel oder letzten Pensions-/Rentenauszahlungsbeleg; Nachweis vom Erspartem; bei GrenzgängerInnen: mindestens die letzten drei Lohnzettel oder das Lohnblatt).		
Sollten die Nachweise nicht binnen einer Frist von 14 Tagen erbracht werden, kann dem Herabsetzungsantrag erst mit dem Monatsersten stattgegeben werden der auf die Beibringung der Nachweise folgt. Bis zur Beibringung der Nachweise werden die Beiträge von der Höchstbeitragsgrundlage vorgeschrieben.		
Sofern alle erforderlichen Unterlagen vorliegen und Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse eine Herabsetzung der Beitragsgrundlage rechtfertigen, wird diese gewährt.		
Ort und Datum _____	Unterschrift _____	